FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 N°

1070

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

PAR

POUPARD JEAN-LOUIS

Externe des Hôpitaux de PARIS

Né le 29 Aout 1932 à BUSSIERE-POITEVINE (Hte Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION à L' ETUDE DES

CANCERS BRONCHO-PLEURO-PUMONAIRES CHEZ LA FEMME

à PROPOS DE 100 OBSERVATIONS

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR E. BERNARD

Roger VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

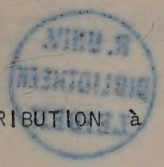
PAR

POUPARD JEAN-LOUIS

Externe des Hôpitaux de PARIS

Né le 29 Aout 1932 à BUSSIERE-POITEVINE (Hte Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le



CONTRIBUTION à L' ETUDE DES

CANCERS BRONCHO-PLEURO-PUMONAIRES CHEZ LA FEMME

à PROPOS DE 100 OBSERVATIONS

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR E. BERNARD

Roger VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1 - 2 - 1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN . . . . . L. BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

P R O F E S S E U R S

1° - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a.- Professeurs titulaires :

	MM.
ANATOMIE	DELMAS (A.)
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	DELARUE (J.)
ANESTHESIOLOGIE	BAUMANN (J.)
BIOCHIMIE MEDICALE	JAYLE (M.F.) SCHAPIRA (G.)
BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE & AUX SPORTS	CHAILLEY-BERT (P.)
BIOLOGIE MEDICALE	FAUVERT (R.)
CANCEROLOGIE MEDICALE ET SOCIALE	BERNARD (J.)
EMBRYOLOGIE	GIROUD (A.)
HISTOIRE DE LA MEDECINE & DE LA CHIRURGIE (Leriboisière)	N ...
HISTOLOGIE	VERNE (J.)
HYGIENE ET MEDECINE PREVENTIVE	JOANNON (P.)
MEDECINE DU TRAVAIL	DESOILLE (H.)
MEDECINE LEGALE	PIEDELIEVRE (R.)
MICROBIOLOGIE (Bactériologie et Virologie)	FASQUELLE (R.)
PARASITOLOGIE	GALLIARD (H.)

	MM.
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	HUGUIER (J.)
PATHOLOGIE EXOTIQUE	LAVIER (G.)
PATHOLOGIE EXPERIMENTALE ET COMPAREE	MERKLEN (F.P.)
PATHOLOGIE MEDICALE	MILLIEZ (P.)
PATHOLOGIE RESPIRATOIRE	TURIAF (J.)
PATHOLOGIE & THERAPEUTIQUE GENERALES	BOUDIN (G.)
PHARMACOLOGIE	CHEYMOL (J.)
PHYSIOLOGIE	BINET (L.)
	BARGETON (D.)
PHYSIOLOGIE & PATHOLOGIE OBSTETRICALE	LEPAGE (F.)
PHYSIQUE MEDICALE	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
RADIOLOGIE MEDICALE	DESGREZ (H.)
TECHNIQUE CHIRURGICALE & CHIRURGIE EXPERIMENTALE	N ...
THERAPEUTIQUE	CONTE (M.)

b.- Professeurs à titre personnel :

BIOCHIMIE MEDICALE	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
BIOLOGIE MEDICALE	BOURLIERE (F.)
EMBRYOLOGIE	TUCHMANN (H.)
HYGIENE & MEDECINE PREVENTIVE	DEPARIS (M.)
PARASITOLOGIE	BRUMPT (L.C.)
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	LAURENCE (G.)
PHARMACOLOGIE	LEVY (Melle J.)
PHYSIOLOGIE	PARROT (J.)
PHYSIQUE MEDICALE	KELLERSHOHN (L.)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a.- Professeurs titulaires :

CLINIQUE CARCINOLOGIQUE CHIRURGICALE (Necker)		REDON (H.)
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE (Broussais)		MOUQUIN (M.)
CLINIQUES CHIRURGICALES	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	TENON	OLIVIER (Cl.)

MM.

CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE & ORTHOPEDIQUE	FEVRE (M.)
CLINIQUE CHIRURGICALE ORTHOPEDIQUE & REPARATRICE (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
CLINIQUE DE CHIRURGIE PLEURO-PULMONAIRE (Laennec)	MATHEY (J.)
CLINIQUE ENDOCRINOLOGIQUE (Pitié)	DECOURT (J.)
CLINIQUE DE GENETIQUE MEDICALE (Enfants Malades)	LAMY (M.)
CLINIQUE GYNECOLOGIQUE (Broca)	FUNCK BRENTANO (P.)
CLINIQUE DES MALADIES CUTANEES & SYPHILITIQUES (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (Enfants Malades)	CATHALA (J.)
CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES (Claude Bernard)	MOLLARET (P.)
CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCEPHALE (Sainte Anne)	DELAY (J.)
CLINIQUE DES MALADIES METABOLIQUES (Necker)	HAMBURGER (J.)
CLINIQUE DES MALADIES DU SANG (Broussais)	MARCHAL (G.)
CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
CLINIQUES MEDICALES Boucicaut	LENEGRE (J.)
Broussais	SOULIE (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Laribboisière	SEZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
CLINIQUE MEDICALE D'HYDROLOGIE THERAPEUTIQUE & CLIMATOLOGIE (Bichat)	DEBRAY (C.)
CLINIQUE MEDICALE PROPEDEUTIQUE (Broussais)	GENNES (L. de)
CLINIQUE MEDICO-SOCIALE DU DIABETE SUCRE & DES MALADIES DE LA NUTRITION (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
CLINIQUE DE NEURO-CHIRURGIE (Pitié)	DAVID (M.)
CLINIQUE NEUROLOGIQUE (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
CLINIQUES OBSTETRICALES Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
CLINIQUE OBSTETRICALE & GYNECOLOGIQUE (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (Laribboisière)	AUBRY (M.)
CLINIQUE DE PEDIATRIE & DE PUERICULTURE (Saint Vincent de Paul)	LELONG (M.)
CLINIQUE DE PEDIATRIE SOCIALE (Enfants Malades)	MARIE (J.)

MM.

CLINIQUE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE (Laennec)	BERNARD (E.)
CLINIQUE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE MEDICALE ET SOCIALE (Cochin)	COSTE (F.)
CLINIQUE STOMATOLOGIQUE (Pitié)	DECHAUME (M.)
CLINIQUE THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE (Vaugirard)	ROUX (M.)
CLINIQUE THERAPEUTIQUE MEDICALE (Saint Antoine)	LEMAIRE (A.)
CLINIQUE TOXICOLOGIQUE	GAULTIER (M.)
CLINIQUE TRAUMATOLOGIQUE	PADOVANI (P.)
SEMEIOLOGIE MEDICALE	DOMART (A.)
SEMEIOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALE	POILLEUX (F.)
CLINIQUE UROLOGIQUE (Necker)	COUVELAIRE (R.)
HYGIENE & CLINIQUE DE LA PREMIERE ENFANCE	TURPIN (R.)

b.- Professeurs à titre personnel :

MEDECINE	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES & MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

ANATOMIE	MM. CABROL (C.), COUINAUD (C.), GILLOT (C.), OLIVIER (G.)
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	Melle GAUTHIER-VILLARS (F.) Pr. s. ch. MM. ABELANET (R.), BUSSER (F.), CHOMETTE (G.), GOUYGOU (CH.) M. Conf., NEZELOFF (Ch.), ORCEL (L.), PAILLAS (J.)
ANESTHESIOLOGIE	KERN (E.), VOURC'H (G.)
BACTERIOLOGIE	BARBIER (P.), CHRISTOL (D.), LE MINOR (L.), TOURNIER (P.)
BIOCHIMIE MEDICALE	BAULIEU (Et.) M. Conf., BOURILLON (R.), CARTIER (P.) DREYFUS (J. Cl.), GANNARD (P.), KRUH (J.), JEROME (H.)
BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE & AUX SPORTS	M. PLAS (F.)
CARCINOLOGIE	MM. BOIRON (M.), DENOIX (P.), MATHE (G.), SELIGMANN (M.)

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE	MM. CIVATTE (J.), DUPERRAT (B.)
ELECTRO-RADIOLOGIE	M. LEDOUX-LEBARD (G.)
HEMATOLOGIE	MM. BESSIS (M.), BILSKI-PASQUIER (G.), DAUSSET (J.) , DUHAMEL (G.)
HISTOLOGIE	MM. COUJARD (H.) Pr. s. ch., MAROIS (M.), RACADOT (J.)
HYDROLOGIE	MM. BESANCON (F.), CORNET (A.)
HYGIENE	MM. BOYER (J.) Pr. s. ch., BLANCHER (G.), Mme CORRE-HURST (L.) M. SAPIN-JALOUSTRE (H.)
MALADIES INFECTIEUSES	MM. BASTIN (R.), DUPONT (V.)
MEDECINE LEGALE	MM. DEROBERT (L.) Pr. s. ch. FOURNIER (E.), GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
MEDECINE DU TRAVAIL	M. ALBAHARY (C.)
NEURO-CHIRURGIE	M. PERTUISET (B.)
OBSTETRIQUE	MM. GRANJON (A.), HERVET (E.), LE LORIER (G.) LEVY (J.), MORIN (P.), MUSSET (R.), ROBEY (M.), SENEZE (J.), SUREAU (G.), THOYER-ROZAT (J.).
OPHTALMOLOGIE	MM. BREGEAT (P.), DUBOIS (A), SARAUX(H.)
ORTHOPEDIE	MM. JUDET (R.), MEARY (R.), POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	MM. DEBAIN (J.), PIALOUX (P.),
PARASITOLOGIE	MM. GOLVAN (Y.), LAPIERRE (J.)
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	MM. BARCAT (J.), BINET (J.P.), CAUCHOIX(J.), CERBONNET (G.), CHATELIN (C.L.), DUBOST (Ch.),DUBOST (Cl.),FAUREL (J.), FLABEAU (F.),GARBAY (M.), GARNIER (H.), de GAUDART d'ALLAINES (Cl.),GERMAIN (A.), LATASTE (J.), LEVEQUE (B.), LOYGUE (J.), MERCADIER (M.), NATALI (J.), PELLERIN(D.) PERROTIN (J.), ROBERT (H.), THOMERET (G.)
PATHOLOGIE EXOTIQUE	SCHNEIDER (J.)

PATHOLOGIE EXPERIMENTALE	MM. BENHAMOU (J.P.), BERTHAUX (P.), BOIVIN (P.), CROSNIER (J.), HARTMANN (L.) LOEPER (J.), MAURICE (J.), MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
PATHOLOGIE MEDICALE	MM. AUSSANNAIRE (M.), BOUVIER (J.), BOUVRAIN (Y.), BRICAIRE (H.), BRISSAUD (H) BROCARD (H.), BUGE (A.), CATINAT (J.), CHRETIEN (J.), COBLENTZ (B.), CONTAMIN (F.) COURY (C.), ETIENNE (J.P.), FREZAL (J.), FRITEL (D.), HENNEQUET (A.), HIMBERT (E.), HOUSSET (E.), LAROCHE (Cl.), LESOBRE (R.), MACREZ (C.), MOREAU (L.), NICK (J.), ROYER (P.), TOURNEUR (R.), WOLFROMM (R.)
PEDIATRIE-PUERICULTURE	MM. JOSEPH (R.), LAFOURCADE (J.), LEPERCQ (G.) MANDE (R.), MOZZICONACCI (P.), POLONOVSKI ROSSIER (A.), VIALATTE (J.) (C.)
PHARMACOLOGIE	MM. BOISSIER (J.), LECHAT (P.),
PHYSIOLOGIE	MM. BARRES (G.), DEJOURS (P.), DURAND (J.) GIRARD, M. Conf., HUGELIN (A.), SCHERRER (J.).
PHYSIQUE MEDICALE	MM. CHANTEUR (J.), GOUGEROT (L.) M. Conf. Pr. s. ch., GREMY (F.), M. Conf. MILHAUD (G.), PELLERIN (P.), ROUCAYROL (J. Cl.), TUBIANA (M.), M. Conf.
PNEUMO-PHTISIOLOGIE	MM. KREIS (B.), MEYER (A.), RENAULT (P.)
PSYCHIATRIE	M. PICHOT (P.)
PSYCHIATRIE INFANTILE	MM. DENIKER (P.), DUCHE (D.), FLAVIGNY (H) LAPRESLE (J.)
RHUMATOLOGIE	M. DELBARRE (F.)
STOMATOLOGIE	M. CERNEA (P.) Mme A. CHAPUT, M. Conf. Agr., M. GRELLET
THERAPEUTIQUE	MM. CHASSAGNE (P.), LAMOTTE (M.), MARCHE (J.)
UROLOGIE	MM. AUVERT (J.), MOULONGUET (A.), QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE (à titre permanent)

ANATOMIE	M. J. DEBEYRE
CLINIQUE CHIRURGICALE	MM. ABOULKER (P.) AMELINE (A.) Pr. s. ch., VERNE (J.M.)
CLINIQUE MEDICALE	MM. PERRAULT (M.), RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
CLINIQUE OBSTETRICALE	MM. GRASSET (J.), MAYER (M.)
CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE	MM. DESVIGNES (P.), OFFRET (G.)
CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE	M. MADURO (R.)
CLINIQUE PEDIATRIQUE & PUERICULTURE	M. R. LAPLANE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE	M. H. BARUK
CLINIQUE UROLOGIQUE	M. R. KUSS

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

BACTERIOLOGIE	M. HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	M. RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE & UNIVERSITAIRE :

MM. BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire Général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principale	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M.le Docteur HAHN
Conservateur	Melle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) Melles LAURENT (H.) LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE :

Monsieur le Professeur Etienne BERNARD,

Professeur de Clinique de Pneumo-Phtisiologie
à la Faculté de Médecine de PARIS,

Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse,

HOMMAGES RESPECTUEUX.

A Monsieur le Professeur Agrégé A. M E Y E R

Médecin en Chef de l'Hôpital BOUCICAUT

Avec mes remerciements.

A MON MAITRE,

Monsieur le Professeur agrégé DE BRUX

Chef du Laboratoire de l'Hôpital B O U C I C A U T

Avec mes remerciements.

A Madame le Docteur MADJAR

Aveo mes remerciements.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur POILLEUX.

Monsieur le Docteur RUBENS-DUVAL

Monsieur le Professeur André MEYER

Monsieur le Docteur BENOIST

Monsieur le Professeur LENEGRE

Monsieur le Docteur LEMARIEY

Monsieur le Professeur ANTONELLI

PLAN

INTRODUCTION

ETUDE MICROSCOPIQUE :

CHAPITRE PREMIER : DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC

A.- Le Prélèvement

B.- L'Interprétation

CHAPITRE II : LES CAS OBSERVES - Moyens d'Etude

Résultats :

Tableau A : Epidermoïdes

Tableau B : Cylindriques

Tableau C : Indifférenciés

Tableau D : Aspects divers

CHAPITRE III : CONCLUSIONS

Tableau synthétique

CHAPITRE IV : ETUDE THERAPEUTIQUE & EVOLUTION IMMEDIATE

- Traitements employés - Fréquence (Résumée en un tableau)
- L'exérèse - Résumé de 5 observations
- Radiothérapie et moyens physiques - Indications - Résultats (Tableau)
- Cytolytiques : - Méthodes
  Indications
  Résultats
  (Tableau)
- Hormonothérapie isolée : Méthode - Indications - Résultats - Tableau)
- Conclusions (Tableau récapitulatif)

CHAPITRE V : L'EVOLUTION GLOBALE -

- Durée (Décès ou Délai)
  Influence du traitement
- Tableau global
- Délai d'apparition des métastases de Cancer du Sein

B I B L I O G R A P H I E

C O N C L U S I O N S

INTRODUCTION

Combien d'études ont déjà été consacrées au Cancer du Poumon !

Mais si la plupart sont réservées au Cancer primitif, Cancer de l'homme et des plus fréquents, par contre, le Cancer de la femme, Cancer secondaire le plus souvent, reste à l'arrière-plan et ne trouve que peu d'études qui lui soient destinées.

Il est considéré comme la généralisation des processus cancéreux au-dessus de toute thérapeutique.

Nous essaierons ici, sans insister sur les aspects cliniques et radiologiques qui ont été maintes fois décrits,

- de faire ressortir les aspects cytologiques trouvés dans toutes les observations de Cancer broncho-pleuro-pulmonaire de la femme au cours de dix années dans un grand Service spécialisé de PARIS;
- d'esquisser une statistique sur la fréquence respective de leur nature primitive et secondaire;
- et de voir quelles ont été les thérapeutiques mises en oeuvre et leur résultat.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE MICROSCOPIQUE
des CANCERS
BRONCHO-PLEURO-PULMONAIRES

DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC

L'étude du Cancer Broncho-pleuro-pulmonaire, chez la femme, dès que le diagnostic en sera évoqué, va être dominée par la notion de métastases probables et va s'efforcer de rechercher une tumeur primitive.

En opposition au Cancer primitif du poumon chez l'homme, dont on sait la fréquence, on en sait, en effet, la rareté chez la femme. De ce fait, devant un cancer pulmonaire de la femme, toutes les investigations vont être mises en oeuvre pour rechercher une origine à ce cancer.

Si l'étude des antécédents, les examens cliniques et radiologiques réussissent parfois à suspecter la nature secondaire du cancer broncho-pleuro-pulmonaire, une place à part doit être faite aux examens cytologiques et histologiques, phase essentielle, seule capable d'amener une certitude.

Hors, si cet examen ne laisse parfois aucun doute et fournit des résultats concordants, il faut souligner la difficulté de leur interprétation et parfois leur défaillance, même pour un anatomo-pathologiste des plus avertis .

Ces défaillances tiennent à plusieurs facteurs.

A.- LE PRELEVEMENT

LE PRELEVEMENT lui même peut être insuffisant ou peut ne pas avoir porté sur la zone malade.

LA BIOPSIE : En principe, la bronchoscopie voit la tumeur et la biopsie porte sur elle. Cependant, celle-ci peut être faussée par le dérapage de la pince ou par une prise sur des zones adjacentes ou sur des zones nécrosées et hémorragiques. Ailleurs, la tumeur bombe peu et est recouverte par une muqueuse normale, on ne peut apprécier l'endroit exact où faire la biopsie.

L'ASPIRATION : peut ne ramener que du sang ou des éléments non suspects.

L'EXAMEN DES EXPECTORATIONS donne souvent d'excellents résultats quand le hasard fait qu'il montre des lambeaux typiques, mais ces résultats sont inconstants d'un jour à l'autre et l'on sait la règle de répéter l'examen des expectorations durant trois jours consécutifs suivant la bronchoscopie.

Certaines précautions doivent être prises : crachats du matin, expectorés directement dans un fixateur rapide, tel un bouin alcoolique; les crachats sont alors traités comme des prélèvements biopsiques, inclus dans la paraffine et examinés en coupes multipliées.

Si on préfère l'examen cytologique, par la méthode de PAPANICOLAOU, l'expectoration est alors recueillie dans le formol à 10 % et le laboratoire fait lui-même les prélèvements, en écartant le mucus et la salive et en recherchant les pelotons qui comportent des fragments d'épithelium bronchique.

Il ne faut pas donner de prépondérance à l'une de ces méthodes, toutes ont leurs succès et leurs causes d'erreurs. Il est nécessaire étant donnée la difficulté d'un diagnostic précis de les mettre toutes en oeuvre de façon à avoir le maximum de chances de rencontrer des éléments cellulaires ou tissulaires qui emporteront les convictions, car non seulement les erreurs proviennent de la qualité du prélèvement, mais l'interprétation des cellules rencontrées est parfois difficile.

B.- DIFFICULTÉS DE L'INTERPRETATION

1.- Elles existent surtout quand on ne dispose que d'examens cytologiques qui,
- tantôt isolés, peuvent être modifiés par la nécrose, se présenter sous forme de noyaux nus en voie de pyenose, parfois ininterprétables,
- tantôt groupés mais avec des caractères morphologiques difficiles à interpréter (rétraction nucléaire, modification de la colorabilité).

Dans ces cas, le diagnostic de malignité sera infaisable ou il sera impossible de préciser son type (épidermoïde ou cylindrique ?)

Il existe aussi des erreurs qui tiennent à la morphologie d'éléments non carcinomateux, certaines cellules pouvant en imposer pour des cellules cancéreuses : des cellules bronchiques hyperplasiques à gros noyau, à cytoplasme basophile, les cellules à poussière et surtout les histocytes qui sont volumineux avec un cytoplasme basophile et un noyau de grande taille parfois irrégulier.

Enfin, les éléments épidermoïdes du rhinopharynx, parfois dysplasiques pouvant donner le change avec des cellules épidermoïdes exfoliées d'un carcinome bronchique très différencié et mature, mais on sait avec l'entraînement éliminer cette cause d'erreurs.

2.- Même lorsqu'on dispose des pièces d'autopsie, on ne peut être toujours certain du caractère primitif ou secondaire de la lésion.

On sait que les carcinomes épidermoïdes peuvent être primitifs (ils sont rares chez la femme) ou secondaires.

Les cancers cylindriques sont en général secondaires, mais ils peuvent être primitifs, on sait la rareté de ces adénocarcinomes, cependant ils existent.

Hors, la recherche de la tumeur primitive peut être plus ou moins facile et couronnée de succès et l'exploration autopsique même la plus soigneuse peut méconnaître un cancer primitif minuscule.

D'autre part, les cancers primitifs broncho-pleuro-pulmonaires chez la femme peuvent présenter des types difficiles à préciser (carcinomes épidermoïdes plus ou moins différenciés, carcinomes cylindriques plus ou moins différenciés, carcinomes indifférenciés). Ces cancers, en effet, naissent d'un épithelium, au départ cylindrique, mais qui subit des phénomènes de métaplasie épidermoïde.

Ceci s'explique parce que, au départ, la cellule qui donne naissance au carcinome est une cellule indifférenciée qui doit donner normalement une cellule cylindrique; la métaplasie épidermoïde est liée à une multiplication et à un empilement de ces cellules qui subissent alors une différenciation épidermïde, caractérisée par l'apparition de ponts intercellulaires, plus ou moins ébauchée; ultérieurement l'épithelium s'accroîtra et les éléments subissent une stratification et une maturation qui se traduit par des modifications de la colorabilité cytoplasmique et une rétraction plus ou moins pycnotique du noyau.

Ainsi, dans certains cas, rares, les carcinomes primitifs tirés de cette métaplasie malpighienne seront ils nettement différenciés et matures; mais, le plus souvent, surtout chez la femme, ces aspects sont absents, les carcinomes demeurent indifférenciés et immatures, avec des éléments tantôt petits et allongés (cellules en grains d'avoine) tantôt plus gros, ayant un caractère cylindroïde.

Il est donc impossible de préciser :

- Si ce cancer est cylindrique ou non,
- S'il est primitif ou secondaire.

En outre, il existe certainement des carcinomes qui naissent des glandes muqueuses et qui comportent un caractère mucosecrétant qui peut les faire prendre pour des métastases de cancers des voies digestives ou génitales.

CHAPITRE DEUXIEME

ASPECT MICROSCOPIQUE des CANCERS BRONCHO-PLEURO-PULMONAIRES RENCONTRÉS

Dans cette deuxième partie, nous avons essayé de faire ressortir la fréquence respective des différents types histologiques rencontrés dans 101 observations - sans préjuger à l'avance de leur nature primitive ou secondaire.

1° - Les données ont été fournies par le dépouillement de 101 observations de malades, Femmes atteintes de néoplasie pleuro-pulmonaire vues dans le service du Professeur Agrégé MEYER au cours des dix dernières années.

Les résultats histologiques ont tous été fournis par le Laboratoire du Professeur Agrégé DE BRUX, de l'Hôpital BOUCICAUT. Qu'il nous soit permis, à cette occasion, de remercier le Professeur DE BRUX, qui a bien voulu revoir certaines coupes et nous guider dans cette étude histologique.

Tous ces résultats ont été groupés en tableaux suivant leur type respectif et sont réunis dans la Colonne I de ces tableaux.

2° - Pour chacun de ces cas, nous avons mentionné dans une Colonne 2 la manière de mise en évidence de ces différents types microscopiques :

- tantôt ce furent des résultats histologiques sur fragments de biopsie endobronchique, voire d'exérèse ou d'autopsie,
- ailleurs, nous dûmes nous contenter d'anomalies cytologiques sur examen de liquide pleural, ou de produits d'aspiration ou d'expectoration, en sachant que ces derniers donnent parfois des résultats histologiques aussi valables que ceux d'une biopsie

Quand plusieurs examens ont été faits et ont fourni des résultats apparemment contradictoires, nous avons donné le pas aux résultats histologiques sur les cytologiques - et aux résultats les plus spécifiques.

3° - Nous avons ensuite mentionné, dans une troisième Colonne, les résultats de la recherche d'un Cancer primitif - en mentionnant la manière de mise en évidence (Soit : Antécédents et contexte clinique; soit aspects cytologiques : frottis cervicaux, par exemple - ; soit aspects histologiques - biopsie périphérique ou autopsie).

4° - Enfin, essayant de faire la synthèse de ces trois colonnes, dans une colonne 4, nous nous sommes efforcés de retrouver leur classification en Cancer primitif ou Cancer secondaire.

Disons à ce propos que, a priori, le Cancer broncho-pleuro-pulmonaire a été considéré comme secondaire, sauf preuve absolue du contraire, c'est-à-dire que nous n'avons retenu comme primitifs sûrs que ceux où l'aspect histologique était probant et chez lesquels aucune notion de tumeur primitive périphérique n'avait été soupçonnée.

TABLEAU A : EPIDERMOIDES

	TYPE HISTOLOGIQUE DU CANCER BR.PLEUR.PULM.	MISE EN EVIDENCE					RECHERCHE DU CANCER				CLASSIFICATION				REMARQUES
							Mise en évidence			Siège					
		Autopsie	Exérèse	Biopsie	Ponction	Frottis	Histo.	Cyto.	Antécéd.		Primitif sûr	Primitif possible	Secondaire sûr	Localisation primitive non retrouvée	
B ...	Epidermoïde à globes cannés, cependant aspect cylindrique en profondeur.			X			o	o	o		(X)				Fumait 40/j.
	Epidermoïde très mature	(X)					o	o	o						
K ...	Epidermoïde différencié et mature			X			o	o	o		(X)				Fumait 1 en 2-3 j.
	Epidermoïde différencié mais moins mature	(X)													
L ...	Epidermoïde - Non suspecte					X						X			Fragments minuscules Fumait ?
KE ...	Canc. épidermoïde à tendance dyskeratosique mature			X											
	Epidermoïde mature					X				col?				X	Col non prélevé à l'autopsie Fumait ?
	Epi.Epidermoïde différencié et mature	(X)													
RA ...	Embolies d'Epi.épidermoïde larges lambeaux d'épi.épidermoïde			X		X				Orig. non retrouv.				X	Fumait ?
JE ...	Epid.épidermoïde moyennt mature.Or.oesoph.certaine	(X)		(X)			X			OEso.			(X)		Ne fumait pas
MA ...	Indifférenciées.Epid ou Cylind. ?			(X)						Amygd.					
	Lambeaux de Carcinome épidermoïde					X	X						(X)		

Dans 7 cas fut retrouvé le type épidermoïde :

- 2 peuvent être classés primitifs sûrs : "Epidermoïde différencié et mature" (B ... K...)

  - diagnostic fait sur la biopsie
  - et vérifié par l'autopsie

  Il n'a pas été retrouvé de tumeur périphérique primitive.

  Dans les deux cas, la malade fumait.

- Un troisième est basé seulement sur les résultats d'un petit fragment ramené (L ...)

  par l'aspiration, qui a montré : EPidermoïde : certain

  La biopsie par contre n'a pas montré de cellules suspectes.

  Le temps d'observation a été court et on n'a pu rechercher de tumeur primitive périphérique.

  La malade fumait peu.

  Il sera classé dans les primitifs possibles.

- 2 cas peuvent être classés secondaires sûrs.

  - tous deux "Epidermoïdes" - l'un moyennement mâture a été vérifié par l'autopsie, qui a affirmé l'origine oesophagienne (JE ...)

  - le deuxième : alors qu'une biopsie n'avait pas permis de conclure s'il s'agissait de Cancer épidermoïde ou cylindrique, une inclusion de crachats montre un lambeau de carcinome épidermoïde. Mais cette malade avait présenté quatre ans auparavant une tumeur amygdalienne soignée par radio cobalt, mais qui, chaque année, avait donné des récidives régionales et une dernière biopsie sur le pilier postérieur de l'amygdale, au moment de son affection pulmonaire, avait répondu : Epidermoïde immature (MA ...)

- 2 autres cas sont secondaires probables, mais la tumeur primitive n'a pas été retrouvée,

  dont l'un épidermoïde différencié et mature, vérifié à l'autopsie, évoquait un Cancer primitif du col, mais celui-ci n'a pas été prélevé à l'autopsie (KE ...)

Donc :

- 2 primitifs sûrs
- 2 secondaires sûrs
- 3 non classables.

TABLEAU B : CYLINDRIQUES

NOMS	TYPE HISTOLOGIQUE	MISE EN EVIDENCE					RECHERCHE DU K. PRIMITIF				CLASSIFICAT.				REMARQUES
		Autopsie	Exerese	Biopsie	Ponction	Frottis	Mise en évidence Histologie	Cytologie	Antécédents	Siège	Primit.f. sûr	Primitif probable	Secondaire sûr	Localisation Primit. non retrouvée	
OG...	Glandulaire avec cell. metastatique mucosenct.			x											
	Carcinome glandul.PRIMITIF	x									x				Métast. hépat
MEIS...	Cylind.(métast.Thyroïdienne		x				x			Thyroïd		x			Nodule thyroïd. enlevé
DEL...	Epith.thyroïd.diff. avec diff. avec vesicul.			x			non retrouvé					x			
JU...	Epi. Cylindrique ulcérant la bronche			x			x			Pancrée		x			Epi.Acino.canal. du pancréas à l'autopsie
FA...	Metast. d'Epi.cylindrique			x		x	x					x			K. du Pancréas (autopsie)
BAI...	Mét.maligne mal différenc.			x			x					x			K. du P. (autop.)
MOUR...	Elem'épithél.type cylindr			x			x			colon		x			Présence Ep. colon à l'autopsie
AUC...	Cylindrique(uter.thyroïd ?)			x			x		x	ovaire		x			Frottis & autops.
DUC...	Cylindrique pap. et surjet W. blablt ovarien		x					x		"		x			Frottis
MOI...	Form.papillaires Elem. carcin. mucip.					x		x		"		x			Antécédents
PER...	Epi.cylind. mucos. origine ovarien.	x								"		x			Frottis & autops.
GRI...	Epi. cylindriq.secrétant					x	x	x				x			Frottis & autops.
THE...	Cylindrique					x			x	col utérin		x			Ant. de K.du col
DUB...	Cylindrique type uter. avec Méta. Malp.			x		x			x	corps uter.		x			Ant. de K du corp

N O M S	TYPE HISTOLOGIQUE	MISE EN EVIDENCE					RECHERCHE DY K.primiti				CLASSIFICAT.			REMARQUES
							Mise en évidence			Siège				
		Autopsie	Exérèse	Biopsie	Ponction	Frottis	Histo	Cyto	Antécédents		Primitif	Local.prim. trouvée	Local.prim. non retrouvée	
GAUD...	Cellules cardino. cylindriques				X			X		Utérus ?		X		Frottis
CHE ...	Epi.cylind. et secrétant				X			X		"génital"		X		Frottis cervicaux
SOU ...	Pas d'atyp.cell. Cell. cylind.rappelant le sein	X			X				X	sein				K.du sein évoluant simult.
MEC ...	Type cylind.	X							X	"		X		
VEN ...	"	X			X				X	"		X		Métast. multip.
MEV ...	Cylindrique tubul.glandulai.	X			X				X	"		X		
MAR ...	Cylindrique			X	X				X	"		X		
GAT ...	Epi cylind. évoquant sein			X					X	"		X		
COL ...	Cylindrique				X				X	"		X		
TAG ...	"				X				X	"		X		
COUR...	"				X				X	"		X		
TRA....	"				X				X	"		X		
ROG ...	Eléments isolés en amas glanduliformes				X				X	"		X		
BAU ...	Elem.cylind. prob.néoplas.				X				X	"		X		
ROSS...	Epi cylind. mammaire				X				X	"		X		Métast. Hypoph ? Foie ?
DES ...	Epi cylind.av. cel.bronch. modifiées					X			X	"		X		Frottis
MON ...	Cylindrique					X			X	"		X		
GAS....	Carcinome cyl. (par endroits épidermoïde)			X					X	"		X		
PAR ...	Epi.glandul. parf.papill.			X					X	"		X		

NOMS	TYPE HISTOLOGIQUE	MISE EN EVIDENCE					RECHERCHE K.primit.				CLASSIFICAT.			REMARQUES
		Autopsie	Exerèse	Biopsie	Ponction	Frottis	Mise en evidence Histo.	Cyto.	Anticorps	SIEGE	Primitif	Secondaire	non trouvé	
HED...	Cylind.dig. ou ov plutôt thyroïd.	X		X						Thyroïde?			X	
PEN ...	Carcinome cylind peut-être panor.			X						Pancréas?			X	
FON ...	Cylind.(digestif?)				X					digest.?			X	
CLO....	Epi.gland.d'or. dig.vraisembl.			X						oesoph.?			X	
THO ...	Cylind.mucosecr.	X			X				X	digest?			X	Ant.de g trectomi pour ulc
VOY ...	Epi.mucoséc.ov. ou dig.													
	Cyl.pap.(ovaire)	X								ovaire?			X	
CAR ...	Epi.gland.à metap. malpigh. (utérus ?)									utérus?			X	
FON ...	CColloid.muqueux second. à sein									sein ?			X	Métastas hépatiqu
MOR ...	Cylind.peut-être mammaire			X						sein ?			X	
VID ...	Cylind.(sein ou digestif?)			X						sein ou dig.			X	
MAB ...	Cylind.(sein ou digestif ?)				X					"			X	Frottis aspirati
KLE ...	Cylind.par end. secrétant									sein,dig. ovaire ?			X	Métastas G.S.Clav
CAM ...	Ep.cylind. et secrétant				X					ovaire ou digestif?			X	
DUP ...	Epi mucipare					X				ovarie ou digestif?			X	
POR ...	Epi.p.ê.muco-secrét.				X					"			X	
AVIG..	Cyl.mucipare (dig.ou utér.)				X					dig.ou ut?			X	
WIN...	Cyl.mucipare ov.ou dig. ?			X						ov.ou dig ?			X	

N O M S	TYPE HISTOLOG.	MISE EN EVIDENCE					RECHERCHE D'UN K. PRIMITIF				REMARQUES
		Autopsie	Exérèse	Biopsie	Ponction	Frottis	SIEGE	Primitif		Secondaire non trouvé	
LAV ...	Carcinome vrt mammaire.Epi cyl.av.diff.colloïd.(dig.ou ov)			X X			ov.ou dig?			X	
CHAV....	Cyl.glandulif. Cyl.et papil.			X	 X		gén.ou dig?			X	
PRO ...	Cyl.et papil. (ov. dig ?)			X			Dig.ou ov.?			X	
LAF...	Cyl. et pap.	X				X	Ut.thyr.ov?			X	
MAR...	Cyl.uter.ou digestif			X		X	Ut.ou Dig. ?			X	
COM ...	Cyl.indiff.	X					Dig.ou ovar?			X	
GRI ...	Cylind.				X		Dig.ou ovar?			X	
GRA ...	Cylind.glandul.			X						X	
COU ...	Cylindrique			X						X	
REV ...	Cylindrique probable			X						X	
BOU ...	Cylindrique			X						X	
DUM ...	Cell.carcinom. Carc.cylind.	 X								 X	
DI ...	Métas.de K. cylindrique			X						X	
JA ...	Indif.très anaplasique Mét.de K.cyl.		X	 X						X	Biopsie sus clavic.

Le second tableau rassemble les cas où l'histologie a trouvé un cancer cylindrique - 64 observations -

Ils sont pour l'immense majorité secondaires.

- Une exception (OG ...) chez qui la biopsie avait répondu "glandulaire métastatique avec cellules muco tantes"

  Mais l'autopsie a pu affirmer que le cancer était limité à la bronche.

  On le classera dans les Primitifs.

- Les autres : Nous nous sommes efforcés de rechercher l'origine

  1° - Tantôt l'autopsie l'a retrouvée ou bien on la retrouve dans les antécédents, ou bien l'aspect histologique était probant (épi thyroïdien avec vésicules)

  2° - Ailleurs, quand aucun contexte n'a été trouvé en faveur de l'origine, l'histologie n'a pas conclu.

1° - Quand la tumeur primitive a été retrouvée (32 cas)

- 2 secondaires à la thyroïde - dans l'un existait un nodule thyroïdien qui a été enlevé; (ME ...)
  - dans l'autre, l'aspect histologique était concluant à lui seul (DE ...)

- 3 secondaires à un cancer du pancréas (épi acino canaliculaire) retrouvé à l'autopsie

- 1 cas : épithelioma du colon retrouvé à l'autopsie

- 5 cas secondaires à un Cancer de l'ovaire :
  - trois fois retrouvé à l'autopsie,
  - une fois retrouvé dans les antécédents (MO ...)

    (Cette malade avait été opérée 8 ans avant d'un Epithelioma atypique - probablement wolfien)
  - dans le dernier cas, les frottis sont revenus positifs, et l'aspect du Cancer pulmonaire (papillaire et végétant) trouvé sur la pièce d'exérèse pulmonaire était évocateur. (DU ...)

- 1 secondaire à un Cancer du col qui avait été opéré deux ans avant (TH ...)

- 1 secondaire à un Cancer du corps utérin - opéré quatre ans avant sur résultat d'un curetage ayant ramené des fragments d'Epithelioma cylindrique. (DU ...)

- Dans deux autres cas, les frottis cervicaux ont été positifs.

On les a classés dans une rubrique "Cancer génital".

- Dans les 17 autres cas, la malade avait été opérée d'un Cancer du Sein.

Les résultats de l'examen histologique du tissu pulmonaire ont été fournis :

- 4 fois par l'autopsie,
- 4 fois par biopsi",
- 7 fois par ponction pleurale,
- 2 fois par aspiration-frottis

2° - Dans les 31 derniers cas, on n'a pu retrouver le Cancer originel.

TABLEAU C : INDIFFENCIÉS

NOMS	TYPE HISTOLOGIQUE	MISE EN EVIDENCE					RECHERCHE D'UN CANCER PRIMITIF				CLASSIFICATION					REMARQUES
		Autopsie	Exérèse	Biopsie	Ponction	Frottis	Histologie	Cytologie	Antécédents	Siège	Primitif sur	Primitif possible	Secondaire sur	Secondaire probable	Doute	
R ...	Cellules allongées en grains d'avoine, res.à épi.bronc.à P.G					X						X				Fumait ?
..RO	Epithelioma mal diff.vrais.cyl.			X												
	Cel.néop.mal différenciées					X						X				Fumait 40/j.
...	Indifférencié res.plus à un cyl.nécrosé cel.desq.d'un épi cyl. (Digestif ?)			X		X								X		
...	Carcinome à tend.très anaplasique, néc.			X												Ne fumait pas
	Elém.épith.non différenciés					X								X		
	Epithelioma indifférencié		X													Thoracotomie

Sur les 4 cas :

- L'un d'eux réalisait l'aspect à petites cellules, mais c'est le résultat de l'examen de l'expectoration (rejet d'un fragment). La bronchoscopie n'ayant pas été possible en raison d'hémoptysies (AR ...)

Il est classé dans les primitifs possibles.

- Un autre, mal différencié, pourrait évoquer plus un cancer primitif étant donné que cette malade était grande fumeuse, mais la biopsie répondra : Mal différencié - vraisemblablement cylindrique (M.R. ...)

primitif possible

- Les deux autres ne disposent même pas d'un si faible argument, pour les classer en primitifs ou secondaires possibles , sauf que, dans un cas, on a la notion que la malade ne fumait pas.

TABLEAU D - ASPECTS DIVERS : 26 CAS

Dans ce dernier tableau, nous avons groupé les aspects dits spéciaux ou non concluants :

- soit que l'examen microscopique soit resté négatif, ininterprétable,
- soit qu'il n'ait pu être fait

Cependant, la nature maligne de ces cas ne fait pas de doute, étayée par le contexte clinique, radiologique et évolutif.

- Dans 11 de ces cas, la malade avait des antécédents de Cancer du sein, malgré l'aspect histologique non concluant, on les a classés dans les secondaires sûrs.

- 4 aspects particuliers, classés dans les secondaires sûrs :
  - 2 avec antécédents de Cancer du col - l'un a l'aspect histologique non suspect, l'autre montrant un léiomyosarcome
  - 1 aux antécédents de môle montre à l'examen histologique l'aspect typique d'un chorio-épitheliome
  - 1 secondaire à un ostéo-sarcome, avec aspect histologique l'évoquant.

- 2 autres aspects peuvent faire évoquer, l'un un réticulosarcome, vraisemblablement secondaire,
  l'autre un lymphosarcome.

- 4 aspects spéciaux de mésothelioma pleural
  - sûrs dans trois cas
  - discutable dans le 4ème

- 5 non classés.

ASPECT MACROSCOPIQUE	MISE EN EVIDENCE					RECHERCHE D'UN CANCER PRIMITIF				CLASSIFICATION				REMARQUES
	Autopsie	Exérèse	Biopsie	Ponction	Frottis	Histologie	Cytologie	Antécédents	Siège	Primitifs certains	Primitifs possibles	Secondaires origine retrouvée	Secondaires origine non retrouvée	
Type non précis.					X			X	Sein			X		
Elem.épithel. en voie de lyse				X				X	"			X		
Ex.négatif				X	X			X	"			X		
Ex.non probant				X				X	"			X		
Pas d'él.suspe. de malignité				X				X	"			X		
Non suspecte			X					X	"			X		Métastase cervicale
Non suspecte	X		X	X	X			X	"			X		
Non faite								X	"			X		
Non faite								X	"			X		
Cell.carcinom.				X				X	"			X		
El.lymphoc.pas de cel.aspect malin				X				X	"			X		
Non suspecte								X	Col			X		Met.sein.K.col évol.simult.
Chorioépith.		X						X	Chorio Epit.			X		Ant.Môle
Sarcome ostéogénique			X					X	Os			X		
Métastase de leiomyosarcome	X							X	Col			X		
Noyaux susp.de malignité				X					Sarcome				X	
Lym.ou Réticulosarcome				X										
Met.de régiculosarcome ou de cancer		X							"				X	

MS	ASPECT MACROSCOPIQUE	MISE EN EVIDENCE					RECHERCHE D'UN CANCER PRIMITIR				CLASSIFICATION				REMARQUES
		Autopsie	Exérèse	Biopsie	Ponction	Frottis	Histologie	Cytologie	Antécédents	Siège	Primitif sur	Primitif possible	Secondaire trouvé	Secondaire non trouvé	
IT.	Mésoth.pleural	X									X				
U.	Epit.épiderm.? Mesoth.				X						X				
EN.	Carcinome cyl.														
L.	ou Mésoth.			X								X			
A.	Mésoth.	X									X				
IN.	Pas d'ex. concluant			X											Métastas osseuse
IL.	non faite														
IL.	"													X	Ant. d'Hystere tomie
).	"														
)G.	"														

CHAPITRE TROISIEME

CONCLUSIONS

de l'ETUDE HISTOCYTOLOGIQUE

Sur les 101 cas étudiés de Cancers broncho-pleuro-pulmonaires chez la Femme, nous avons pu en classer :

- 7 du type épidermoïde,
- 64 du type cylindrique,
- 4 indifférenciés,
- 26 d'aspects divers, difficilement classables, dont :
  - 2 sarcomes
  - et 4 pleuraux primitifs.

- Parmi ces 101 Cancers :

  - 7 primitifs sûrs : - 2 "Epidermoïdes"
    - 1 "Adénocarcinome"
    - 4 Pleuraux primitifs
  - 2 autres "indifférenciés" primitifs probables.

  - 80 ont été trouvés secondaires.

    Nous en donnons la répartition dans le tableau suivant.

  - 10 n'ont pu être classés, étant donné l'insuffisance des renseignements.
  - 2 Sarcomes.

- Parmi les 80 cancers "secondaires", si. dans 49 cas, la tumeur primitive a été retrouvée, par contre, dans 31 autres cas, cette recherche s'est avérée négative.
  Bien que leur nature secondaire soit très probable, il n'est pas impossible que certains soient à point de départ bronchique.

	EPIDERMOIDES	CYLINDR.	INDIFFERENCIES	DIV.	
PRIMITIFS	2	1			
- pleuraux primitifs				4	9
- primitifs possibles			2		
SECONDAIRES					
- Thyroïde		2			2
- Pancréas		3			3
- Colon		1			1
- OEsophage	1				1
- Sein		17		11	28
- Ovaire		5			5
- Col utérin		1		2	3
- Corps utérin		1			1
- Chorioépitheliome				1	1
- "Génital"		2			2
- Os				1	1
- Amygdale	1				1
Origine non retrouvée		31			31
SARCOMES				2	2
NON CLASSES	3		2	5	10
	7	64	4	26	101

Nous essaierons de rapprocher les résultats de cette étude de ceux trouvés dans la littérature, sous forme de statistiques : cependant, on remarquera qu'il n'a pas été trouvé de statistiques propres au Cancer de la Femme.

CANCERS PRIMITIFS - Les chiffres de GALY dans une étude récente et ceux de DELARUE (in Encyclopédie) s'accordent à répartir les Cancers primitifs en :

- 50 % d'Epidermoïde,
- 35 à 40 % d'Indifférenciés,
- 6 à 15 % de Glandulaires.

Ne disposant que de 5 cas, il nous est difficile de conclure.

CANCERS SECONDAIRES - J. FAUVET donne une statistique (Gustave ROUSSY, 1948) sur l'origine des 154 cas de métastases pulmonaires. Il trouve :

- 77 cas de Cancer du sein,
- 7 cas de Cancer de l'utérus,
- 3 cas de Cancer de l'ovaire,
- 3 cas de Cancer de l'amygdale,
- 2 cas de lymphosarcome.

Il est difficile de lui comparer la nôtre qui s'adresse seulement à des femmes. Cependant, tous ses chiffres semblent être proportionnellement plus importants que les nôtres, sauf pour l'ovaire, que nous avons retenu 5 fois sur 80 métastases.

CHAPITRE QUATRIEME

THERAPEUTIQUE

et

EVOLUTION IMMEDIATE

Il est impossible de séparer l'étude de la thérapeutique et celle de l'évolution car, dans la mesure du possible, tous les cas ont été traités.

Comme dans toutes les études sur le Cancer, on étudiera, d'une part l'action du traitement sur l'évolution immédiate, d'autre part, sur l'évolution globale ou la durée d'évolution.

Réservant cette dernière pour un chapitre ultérieur, nous verrons d'abord quelle a été, pour chaque thérapeutique employée, l'action du traitement sur l'amélioration anatomique, clinique et fonctionnelle du malade.

Passons d'abord en revue rapidement les différents traitements proposés (MATTEI, 1956).

TRAITEMENTS MEDICAUX :

1° - Agents Physiques : La Radiothérapie centrée sur champs multiples et la cyclothérapie réservées aux tumeurs radio-sensibles (organes lymphohémopoïétiques, métastases de tumeurs génitales, tumeurs peu différenciées, certaines tumeurs glandulaires)

La Téléroetgen thérapie sur l'ensemble du corps étant réservée aux tumeurs étendues à métastases multiples.

2° - Chimiothérapie - essentiellement Moutardes à l'Azote réservées aux métastases ganglionnaires et pleurales exsudatives et aux lymphangites carcinomateuses.

- La chimiothérapie hormonale - si on connait l'action remarquable des oestrogènes sur les métastases pulmonaires du cancer de la prostate, par contre, chez la femme après 60 ans, l'action sur les métastases du Cancer du sein est plus relative.

- Les Androgènes n'ont pas d'action sur les métastases du cancer du sein.

- Les Hormones Corticotropes - employées avec précaution ont souvent une action remarquable sur l'évolution immédiate. Pour certains, leur mécanisme d'action serait dû à une fascination hypophysaire.

3° - Les Isotopes - On sait que l'Iode 131 est réservé aux métastases de tumeur thyroïdienne; l'AU 198, en voie endopleurale, aux métastases pleurales récidivantes, le P_{32} n'entre pas dans le cadre de notre étude réservé aux organes lympho hémopoïétiques.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Le traitement chirurgical sur le foyer pleuro-pulmonaire secondaire a fait l'objet de nombreuses études récentes, et il semble que ses indications soient maintenant codifiées.

" Indications fournies :

" 1° - Pour la tumeur primitive, elle-même, non pas tant sa nature " histologique, que le fait qu'elle soit opérée ou opérable.

" 2° - Par les caractères de la métastase - En principe : masse unique, " circonscrite, localisée à un seul poumon, en fait, elle a pu être étendue à des " masses multiples voisines localisées à un seul poumon.

" En tous cas, les contre-indications absolues sont les cancers étendus " la forme miliaire, la forme à participation médiastinale, les formes propagées " à la plèvre, aux ganglions périphériques, à la paroi.

" Les résultats étant d'autant plus favorables que les métastases " étaient apparues plus tardivement."

(A. MAYER, O. MONOD, 1956)

Résumons dans un tableau les différents traitements employés dans les cas étudiés (101) en fonction de la nature du Cancer :

TYPE HISTOLOGIQUE	EXERESE	RADIOTHERAPIE AGENTS PHYS.	CYTOLY-TIQUES	HORMON.	TRAIT. SYMPT.	
PRIMITIFS -						
Epidermoïdes		1	1			2
Cylindriques			1			1
Indifféreno.					2	2
Pleuraux Primitifs			2	1	1	4
						9
SECONDAIRES - à Sein		4	9	8	7	28
- à Ovaire	1		4			5
- à col utérin			2		1	3
						12
- corps utérin	1					1
chorio-épithel.	1					1
- "génitale"			1		1	2
- colon			1			1
- oesophage			1			1
- pancréas		2	1			3
- thyroïde	1	1				2
- os					1	1
- amygdale		1				1
Origine non trouvée		3	9	6	13	31
						80
SARCOMES	1		1			2
NON CLASSES		2	1	1	6	10
	5	14	34	16	32	

L' E X E R E S E

Sur les 101 cas étudiés, si la thoracotomie fut décidée dans 8 cas, elle se borna, dans 3 cas, à une simple exploration.

Dans 5 autres cas, l'exérèse fut décidée et réalisée.

Nous résumerons d'abord ces 5 observations et essaierons ensuite d'en tirer les conclusions :

— PREMIERE OBSERVATION —

Madame MEI ... Guillemette - âgée de 48 ans - employée aux écritures, avait déjà, depuis avril 1953, une toux sèche, quinteuse et un point de côté, en ceinture, à la base gauche.

Ne consulte qu'en Octobre 1953 à BOUCICAUT, où l'on constate une opacité arrondie, assez peu dense - taille 1 franc - dans le segment dorsal inférieur du poumon gauche.

La recherche du bacille de Koch est négative, la bronchoscopie : rien à signaler, l'aspiration ramène des éléments épithéliomateux de type épidermoïde en grains d'avoine.

- Pas d'antécédents notables -

Le 10 Décembre 1953, lobectomie inférieure gauche avec curage ganglionnaire médiastinal. L'exérèse de la pièce montre qu'il s'agit d'une métastase de tumeur thyroïdienne , les ganglions prélevés sont envahis par la néoformation.

On s'efforce de retrouver la tumeur thyroïdienne primitive : une fixation à l'iode 131 est normale le 18 Février 1954; le 26 Février 1954, intervention exploratrice sur le corps thyroïde : le corps thyroïde est d'aspect normal, mais il existe dans la pointe du lobe supérieur gauche un nodule dur que l'on enlève et qui se révèlera : goître métastasien à l'examen histologique.

Cette malade est suivie depuis à l'Hôpital BOUCICAUT : en Décembre 1953, on ne notait aucune métastase (26 mois après le début), mais une graphie pulmonaire du 12 Juin 1956 montre une carcinomatose miliaire, alors qu'en Avril 1956, le cliché pulmonaire était normal. La vitesse de sédimentation est alors à 30-55-99.

On fait alors, le 24 Juillet 1956, une thyroïdectomie subtotale antérieure, dont l'examen histologique révèlera : Epithelioma thyroïdien par endroits différencié, tantôt de type massif, avec existence d'embolies lymphatiques et veineuses en dehors de la capsule.

Un traitement par l'Iode 131 sera entrepris (Octobre 1956) 60m./curiesd'I.131 bien supporté dans les jours qui suivent, mais il n'empêchera pas, en Novembre, l'apparition d'un épanchement pleural droit, la ponction montrant qu'il s'agit bien de prolifération épithéliale d'origine thyroïdienne.

La malade décède le 1er Janvier 1957 à l'Hôpital NECKER.

Il s'agit donc d'une métastase d'abord localisée au poumon, dont l'exérèse a été pratiquée en Décembre 1953 et qui sera restée silencieuse jusqu'au 12 Juin 1956, soit deux ans et demi après l'exérèse.

— DEUXIEME OBSERVATION —

Madame DUB ... Munia, 52 ans, employée de commerce.

Vue dans le Service en Novembre 1953, envoyée par le Docteur YANA (BÔNE - Algérie). La radio montre une petite ombre peu dense de la région paracardiaque gauche et en outre une opacité de la base droite. La bronchoscopie montre : formation tumorale dans une terminale de la lobeire inférieure gauche et un aspect normal à droite. La biopsie révèlera : épithelioma glandulaire keratinisant.

Dans les antécédents : en 1948, un curetage a montré des fragments d'épithelioma cylindrique, ce qui a fait pratiquer une hysterectomie, mais le cancer n'a pas été retrouvé sur la pièce opératoire.

Intervention le 20 Janvier 1954 : lobectomie inférieure gauche, à l'examen de la pièce : Epithelioma glandulaire de type utérin, avec par endroits métaplasie malpighienne; le 24 Février 1954 : Segmentectomie lobaire inférieure droite, à l'examen : métastase d'épi. glandulaire ressemblant à la muqueuse d'un corps utérin.

Cette malade quitte le service en Avril 1954. Revue en Septembre 1955 : excellent état général. En Mai 1956 : allait bien, mais en Août 1959 revient pour "épisode fébrile et douloureux thoracique". La radio montrera une dissémination nodulaire bilatérale, l'état général va s'altérer rapidement, vitesse de sédimentation très accélérée, le traitement symptomatique restera sans effet.La malade ne reste qu'un mois dans le Service et retourne dans sa famille.

Il s'agit donc d'un Cancer secondaire à un épithelioma utérin qui sera reste sans aucune manifestation pendant cinq ans ½ suivant l'intervention.

Les trois observations suivantes n'ont jamais été publiées :

— TROISIEME OBSERVATION —

Madame DUC ... Marie, 64 ans

Avait noté depuis Mai 1958 l'existence de toux, de crachats hémoptoïques, de fatigue. Ne consulte que le 30 Octobre 1958 à BOUCICAUT.

La Radio montre : Opacité triangulaire à sommet externe de la région parahilaire gauche, se projetant en arrière sur le profil. A la bronchoscopie, seillie sessile rosée, recouverte d'une muqueuse normale, sur la face postérieure de la bronche souche gauche. La biopsie : épithelioma cylindrique papillaire et végétant, d'origine utérine, ovarienne, voire digestive.

Exérèse le 29 Décembre 1958 : Pneumonectomie gauche : Epithelioma secondaire d'origine vraisemblablement ovarienne. Suites opératoires simples.

Les frottis cervicaux le 4 Avril 1959 montrent : polymitose endométriale nécrosée.

Sort du Service. Non revue depuis, mais la réponse de son médecin traitant est qu'elle est décédée vers Septembre 1959, soit 9 mois après l'exérèse.

— QUATRIEME OBSERVATION —

Madame V ... Jacqueline, 27 ans

Chez qui l'on découvre à un examen systématique en Janvier 1957 une petite image ronde du lobe supérieur droit. On a la notion d'une grossesse molaire dans les antécédents (date non précisée).

En Février 1957 : Exérèse, montrant un Chorio-Epithéliome métastatique, qui sera suivie d'une hysterectomie. Pas d'aspect tumoral de l'uterus.

Cette malade sera suivie à BOUCICAUT jusqu'en Août 1959, date à laquelle l'aspect pulmonaire et biologique était satisfaisant.

A été revue le 12 Février 1960 : Etat clinique et biologique satisfaisant.

On dispose donc d'un délai de 3 ans après l'exérèse.

CINQUIEME OBSERVATION

Madame KER ... Germaine, 39 ans

- En Février 1958, découverte d'une opacité dense, homogène, de la région axillaire droite. Plusieurs traitements antibiotiques sont restés sans effet.

Hospitalisée à BOUCICAUT le 12 Mai 1958 : Bronchoscopie négative, aspiration négative, ponction transpariétale, placards de cellules épitheliomateuses de type cylindrique. On ne retrouve pas de tumeur primitive.

Une exérèse est décidée : pratiquée le 3 Juillet 1958 : Lobectomie supérieure droite et ablation de la moitié du lobe moyen. Elle est suivie de radiothérapie. L'examen de la pièce montrera qu'il s'agissait de métastase d'un lympho-réticulo-sarcome.

Quitte le service en Août 1958. Non revue depuis.

CONCLUSIONS DE L'ETUDE DE L'EXERESE

1° - LES INDICATIONS

Dans ces 5 observations, il s'agissait de tumeur parenchymateuse limitée, unique, dans 4 cas et limitée à un seul lobe, double dans un cas mais limitée à un seul lobe à gauche, à un segment à droite.

Toutes secondaires, deux fois la tumeur primitive sera retrouvée avant l'intervention, par l'étude des antécédents (grossesse môlaire d'une part, curetage utérin suspect d'autre part).

Trois fois la tumeur pulmonaire apparut d'abord primitive et ce fut l'intervention qui orienta les recherches vers la thyroïde d'une part et le cancer thyroïdien fut retrouve par l'intervention, vers la voie génitale (ovaire) et les frottis se révèlèrent positifs (endomètre?) enfin la dernière montra qu'il s'agissait d'une métastase de lymphoréticulo-sarcome.

2° - LES RESULTATS

Trois cas peuvent être considérés comme des succès, puisque l'intervention thoracique associée au traitement de la tumeur primitive aura amené la disparition des signes pulmonaires respectivement pendant 5 ans ½ (DUB ...) et 2 ans ½ (MEI ...) délais au bout desquels apparut une récidive pulmonaire. Dans le 3ème cas, on dispose d'un délai de trois ans (V ...) au bout desquels la malade va bien et où on ne note aucune récidive.

Les deux autres cas sont plus discutables. Pour l'un, le décès est survenu dans les neuf mois ayant suivi l'intervention (DUC...); pour l'autre, on ne dispose pas d'un délai suffisant (KER ...)

LA RADIOTHERAPIE
ET
LES MOYENS PHYSIQUES

INDICATIONS : - La radiothérapie s'est adressée à des images parenchymateuses avec parfois épanchement pleural associé.

DOSES : - Sur les 10 cas, 9 doivent être retenus, le dernier n'ayant pas reçu de doses suffisantes.

RESULTATS : - Sur les 9 cas, nous n'en retiendrons que 7 dont l'évolution est connue :

- 3 eurent une amélioration radiologique (1 à 2 mois)
- 1 une amélioration fonctionnelle isolée,
- 3 aucune amélioration.

LES AUTRES MOYENS PHYSIQUES :

- l'un par télécobalt eut une amélioration fonctionnelle et générale de 2 mois,
- l'autre une stabilisation pendant 1 an par or radio-actif intra-pleural, cette stabilisation ayant porté sur l'élément pleural.

TABLEAU RECAPITULATIF DES CAS TRAITÉS PAR MOYENS PHYSIQUES

AGE	I.- INDICATIONS			2.- METHODES THERAPEUTIQUES		3.- AMELIORATIONS		
	NATURE HISTOLOGIQUE	IMAGE RADIOLOG. Parench.	IMAGE RADIOLOG. Pleural.	Physiques	Traitements associés	Radio.	S.G.	S.F.
..63	(Primitif ?) Epiderm. Non classé	X		3.200 (3 champs)		0		0
..59	Primitif Epidermoïde	X		4.000 (4 champs)	Corticoth.			X 2 mois
..51	(Primitif ?)Indiffér. Non classé	X		(1 ou 2 séances)	Corticoth. Antibiot.	0		0
..51	Cyl.(Sec.à pancréas)	X		2.600 (4 champs)		X	X	X
						(1 mois à 1 mois ½)		
..61	Sec. à Sein(14 ans)	X	X	2 séries	Cortisone 75 mg/j.			
..47	Sec. à Sein (actuel)	X	X	Cyclothér.	Cortancyl Stenondryl	X		X
..63	Secondaire ? Non trouvé	X		Doses ?				
.59	Sec.à Pancréas (Cyl.)	X		23 séances	Cortancyl	0	0	
.53	Sec. à Amygdale Epidermoïde	X	X	3.000 r	Cortancyl Cariolysine 81 mg	X		X
.82	Secondaire.Origine non retrouvée	X	X	12 séan.		0	0	0
.49	Secondaire à Thyr.(Cyl.)(12 ans)	X	X	Iode 131				
.60	Secondaire Origine non trouvée	X	X	Cobalt 90 séan.		0	2 mois	
.68	Sec. à Sein (9 ans)	X	X	Or R.A. intrapl.				
	Sec. à sein (6 mois)	X	X	Or R.A. intrapl.	Cortancyl Antibiot.	Stabilisation 1 an		

LES CYTOLYTIQUES

34 cas ont été traités par les Cytolytiques.

1° - METHODES EMPLOYEES

La Cariolysine intraveineuse fut entreprise dans la majorité des cas avec les précautions habituelles, en perfusion, diluée dans du sérum, en commençant à petites doses (0,5 mg) puis en augmentant progressivement les doses de 0,5 en 0,5 jusqu'à un maximum de 3 mg par injection.

Les injections étant espacées la plupart du temps par un intervalle de 2 à 3 jours.

Bien entendu, la surveillance du traitement fut stricte et les injections arrêtées dès l'apparition de troubles digestifs ou généraux et surtout de modification de la formule sanguine.

La dose totale des injections dépassa nettement le mg par kilo, quand le traitement était bien toléré et on atteignit parfois 90 à 100 mg.

Parmi les autres méthodes par voie générale, l'ENDOXAN fut employé ces derniers temps, soit d'emblée, soit quand les injections étaient mal tolérées localement. Le Leuco-4 fut associé dans quelques cas.

La Voie locale Cariolysine intra-pleurale fut employée parfois, soit isolée, soit associée à une des méthodes par voie générale.

Enfin, la Corticothérapie fut largement utilisée, par voie générale, le plus souvent sous forme de Cortancyl ou de Dectancyl. Il faudra en tenir compte dans les résultats et essayer de voir si les améliorations constatées peuvent être mises sur le compte des Cytolytiques ou de la Corticothérapie.

2° - INDICATIONS DES CYTOLYTIQUES

Dans tous les cas où ils furent employés, il s'agissait d'une extension à la plèvre (34 cas).

Mais dans 23 de ces cas, il a existé en plus une image parenchymateuse soit au début, soit à un moment de l'Evolution.

Notons que, quand il s'agissait d'épanchement pleural secondaire à un cancer du sein, l'épanchement était le plus souvent unilatéral.

3° - RESULTATS SUR L'EVOLUTION IMMEDIATE

Nous basant d'une part sur les documents radiologiques, d'autre part sur l'observation clinique, nous avons cherché à voir si la mise en oeuvre du traitement cytolytique avait amené une amélioration passagère de l'état du malade.

Un petit tableau résumera le nombre d'améliorations observées en fonction de chaque thérapeutique.

Dans le terme "amélioration", nous considérons un "mieux être" survenu au moment du traitement ou juste après lui de façon notable (au minimum 1 mois) - soit sur le plan radiologique,

- soit sur le plan clinique : stabilisation de la courbe thermique, diminution de la Vitesse de sédimentation, amélioration de la dyspnée.

	Amélioration radiologique	Amélioration fonctionnelle	Aucune amélioration	Pas d'indicat.	
Cariolysine I.V.seule	7	4	8	1	-20
Autres Cytolytiques par voie générale (Leuco 4 - Endosan) seuls ou associés à CARIO I.V.	2		4	2	= 8
Cariolysine Intra - Pleurale	1		1		= 2
Cariol.I.P. associée à un autre cytolytique par voie générale	1		2		= 4
	11	4	16		

Dans ce tableau, on voit que, sur 31 cas où l'évolution a été retrouvée, on a trouvé, dans 11 cas, une amélioration nette objective, et, dans 4 autres cas, une amélioration seulement fonctionnelle.

Essayons de voir plus en détail ces cas où une amélioration objective a été notée. Ce fut, la plupart du temps, une amélioration de l'épanchement pleural mais trois fois il y eut diminution de l'image parenchymateuse. Nous en donnerons un petit résumé des observations.

— PREMIERE OBSERVATION —

Madame ADO ... 63 ans

fait, le 7 Janvier 1957, une pleurésie hémorragique droite.

La radio montre : Condensation parenchymateuse basale interne, arrondie avec rétraction de l'hémithorax (côté droit).

- Bronchoscopie : Sténose de la bronche intermédiaire droite. A la biopsie Epithelioma épidermoïde peu mature, nécrosé, réalisant l'aspect d'un épi à petites cellules.

- Traitement : par Cortancyl et Tifomycine sans aucun résultat : en 1 mois, l'opacité a gagné tout l'hémithorax droit.

- On entreprend un traitement par Cariolysine intra-veineuse jusqu'à un total de 95 mg, qui amène une régression spectaculaire de l'oedème cervico-facial, de la dyspnée, un retour de l'appétit.

Le cliché du 17 Mars est subnormal, mais une brusque chute des leucocytes fait arrêter le traitement.

On continuera Cortancyl et Antibiotiques.

- Récidive médiastinale en Juin 1957 et apparition d'un syndrôme pleural droit
- Décès le 28 Septembre 1957.

— DEUXIEME OBSERVATION —

Madame FAR ... 60 ans

- Chez qui on découvre, le 27 Juillet 1956, une opacité hilaire gauche arrondie.

- Bronchoscopie : Sténose de la bronche lobaire inférieure gauche - A la biopsie : nature épithéliomateuse certaine mais dont on ne peut préciser l'origine.

Aspiration : métastase de cancer cylindrique, mais le sarcome ne peut être éliminé.

- Thoracotomie exploratrice refusée par la malade.

- En Août 1957 : institution d'un traitement par Cortancyl et Cariolysine jusqu'à 67 mg qui amènera une résorption de l'épanchement et un nettoyage de la masse sous-hilaire gauche, mais la bronchoscopie montrera une extension des lésions.

- On continue le traitement par le Cortancyl.

- Le 22 Novembre 1957 : Réapparition de l'épanchement et extension de l'image parenchymateuse. Un nouveau traitement par Cariolysine (82 mg) amènera encore une régression de l'épanchement, mais, dès l'arrêt de la cure, les signes fonctionnels et généraux réapparaissent :

- On poursuit avec Cortancyl et Leuco 4

- Décès le 8 Février 1958 : 20 mois après le début apparent.

- L'autopsie découvrira un épithélioma pancréatique primitif acinocanaliculaire

— TROISIEME OBSERVATION —

Madame GAT ... 41 ans

- a subi, en 1957, un Halstedt droit suivi de radiothérapie.

- La Radio du 15 Novembre 1961 montre : Opacité mal limitée de la partie moyenne du champ pulmonaire gauche.

- Bronchoscopie : Rétrécissement de la bronche souche gauche. A la biopsie : Epithelioma cylindrique évoquant un cancer primitif mammaire.

- Le 20 Novembre : Traitement par Cariolysine intra-veineuse jusqu'à 46 mg, associée, à partir du 6 Décembre, au Leuco 4 (4 comprimés par jour)

- Deux mois après, le 26 Janvier 1962 : diminution nette de l'image parenchymateuse seulement visible sur une tomo à 10 cm alors que deux mois avant, elle était visible sur 5planstomographiques espacés de 1 cm (7, 8, 9, 10, 11).

- Encore actuellement dans le service.

+

+ +

Si la deuxième observation est contestable, la malade ayant bénéficié de la corticothérapie associée, dans les deux autres, l'amélioration doit être mise sur le compte des cytolytiques seuls.

Nous avons essayé de voir si la dose de Cariolysine, quand elle était mentionnée, a influencé les résultats.

En comparant les doses faites dans les cas favorables, et les cas défavorables, nous avons été étonnés de constater que les résultats défavorables ne peuvent être mis sur le compte d'une insuffisance de traitement, puisque la moyenne des doses est à peu près identique à celle employée dans les cas "favorables". Elles ont été respectivement :

	AMELIORATION RADIOLOGIQUE	AMELIORATION FONCTIONNELLE	PAS D'AMELIORATION
Cariol.I.V.	95 mg I.V. 52 " " ? " 95 " " 55 " " 61,5 " " 67 " " 57 " "	- 56 I.V. 45 " 38 " 64 "	100 mg I.V. 45 mg " 80 " " 24 " " 71 " " 60 " " 70,5 " 34,5 " 42,5 " 90 " " 48 " " 91 " " 72 " " et 25 I.P.
Cariol. I.V. et I.P.	61 I.V. et 10 I.P.		

NOMS	INDICATIONS NATURE HISTOLOGIQUE	IMAGE RAD. Parent.	IMAGE RAD. Pleur.	METHODES : Cytolyt.	METHODES : Traitts associés	AMELIORATION Radio	AMELIORATION S.G.	AMELIORATION S.F.	
RA.. 51	Epidermoïde Primitif	X	X	Cariol.IV 100 mg		0	0	0	D.C. 10 mois
GE.. 75	Cylindrique Primitif	X	X	Cariol.IV 45	Cortan-cyl	0	0	0	D.C. 3 mois
UZ.. 66	Pleural Primitif		X	C.I.V. 45 mg	"	0	+		D.C. 5 mois
EN..78 line	"			Cariol IP		+			D.C. 8 mois
EA..48	Ep.sec. à OESOPH.	X		Car.I.V. 90	" Leuco4		Tr.psychiq. Leucopénie		D.C. 6 mois
AR. 60	Cyl.sec.à Pancréas	X							
		X	X	Car.67	Cortan-cyl	+			D.C. 18 mois
			X	Car.82			+	+	
OV. 70	Cyl.sec.à Colon		X	Cariol. I.V.31	Cortan-cyl Leuco 4	0			D.C. 6 mois
ER. 54	Sec. à Ovaire	X		Cariol. I.V. 44	Hydro-cortis. Sterand				D.C. 9 Mois
I. 48	" "		X		Cortis.		+	+	D.C. 21 mois
			XX		Cortis.	0	0	0	
			XX	Cariol. IV.38	Leuco. 30 mg	0	0	0	
I. 57	" "		X		Corti.				
			XX		Medrol	+	Leucopénie		D.C. : 16 mois
C. 35	" "	X	X	Cariol. I.V. 60		0	Ascite		D.C. : 9 mois
E.60	Sec. à K.du Col		X	Cariol IV.72	Cortan-cyl	0	0	0	D.C. : 2 mois
R.56	" (leimyosarcome)		X	Cariol. I.V.30	Cortan-cyl	0	0	0	D.C. : 2 mois
J.70	Sec.à K.génital	X	X	Endoxan					Délai 4 mois ?

	INDICATIONS			METHODES		AMELIORATION			
	NATURE HISTOLOG.	IMAGE RADIOL. Parench.	Pleur.	Cytolytiques	Traitem. associés	Sig. Radio	S.G.	S.F.	
.68	Cyl.origine non retrouvée	X	X	Cariol.I.V. 80	Cortancyl	0	0	0	D.C.10 mois
.51	" "	X		Cariol.I.V. 24	Cortancyl	0	0	0	D.C.3 mois
.66	" "	X		Cariol.I.V. 71		0	Leucopénie		DC sup.à 6 mois ?
.67	" "	X		Cariol.I.V. 56	Cortancyl	0	mais tr. + psychique		DC:4 mois
.74	Sarcome	X X	X X	Endoxan	Cortancyl				Délai 2 ans
.63	Non classé indifférencié	X	X	Cariol.I.V. 93	Cortancyl	0 +	Aleucie		D.C.10 m.

HORMONOTHERAPIE ISOLEE

METHODES

Ce fut le plus souvent la Corticothérapie sauf deux cas où ce furent les oestrogènes,

- la plupart du temps le Cortancyl en comprimés à dose variable d'une malade à l'autre suivant la tolérance et l'amélioration notée

INDICATIONS

Elle s'adressait aux cas souvent évolués, au-dessus de toute autre ressource thérapeutique, les autres méthodes étant jugées inutiles ou dangereuses, - ou mal tolérées dès le premier essai.

RESULTATS

Sur les 16 cas traités par hormonothérapie, 13 résultats sont exploitables, les trois autres malades n'ayant pas été traitées dans le service, mais seulement à domicile et n'étant pas revenues.

Sur ces 13 cas, 10 sont franchement défavorables, ne semblant pas influencés par le traitement qui les a parfois stabilisés; par - fois même, on a noté une aggravation malgré le traitement.

Les trois améliorations portent deux fois sur les signes généraux ou fonctionnels, en particulier diminution des douleurs.

Une seule fois, on a noté une disparition de l'épanchement par un traitement de deux mois sous (Cortancyl 30 mg/j. et Sterondryl 25 mg.) Il s'agissait d'une métastase de cancer digestif (Madame TH ...)

L'amélioration a été de courte durée, l'épanchement se reproduisant deux mois après l'arrêt du traitement.

TABLEAU RECAPITULATIF DES CAS TRAITES PAR HORMONOTHERAPIE ISOLEE

	INDICATIONS NATURE	IMAGE RADIOL. Parenc.	IMAGE RADIOL. Pleur.	METHODES	RESULTATS
THO..	Cyl.origine non trouvée		X	Cortancyl 6 c.) Sterandryl 25 mg) 2 mois	Disparition de l'épanchement
			Se reproduit	Cortancyl	Pas d'amélioration DC 9 m
LAD.50	Sec. à Sein		X	Cortisone	Amélioration E.G. et douleurs DC 20
AGU.76	Sec. à Sein	X	X	Cortisone 100 mg/12 j.	Amélioration E.G. DC : 2 ans
SIT.	Misotheliome pleural		X	Dectancyl 12 c puis 6 c	0 DC : 2 mois
TRA.50	Sein	X		Dytilbine 50 mg	Mal supporté aggravation Recul:1
MON.42	Sein	X		Hydrocortisone	Aggravation Recul 2
MOR.56	Cyl.origine non trouvée		X	Cortancyl	E.G.décline Recul 3
BON.	Sein	X	X	Hydrocortisone 40mg	Bon EG : 0 Recul :
RON.44	Sein	X		Cortancyl 30 mg	Métastase cérébrale DC > 4 mois
DUP.56	Cyl.Origine?	X		Cortancyl (Cariol.mal tolérée)	0 DC : 10 mo
CHA.59	Cyl.origine?	X		Cortancyl 8/j.	0 Délai > 5 mo
BIN.60	Non classé	X		Cortancyl	0 DC : 5 mois
LAI.61	Cyl.origine?		X	Cycladime	0 DC : 1 an
TAG. 50	Sein	X	X	Cortancyl 25/j Sterandiol 50mg/J	? Délai : 1 an
ROG.	Sein		X	Cortancyl ?	? Recul : 10 j
GRI.65	Cyl.Origine?		X	Cortisone 100mg/30j.	? Délai > 5 m

CONCLUSIONS DE L'ETUDE THERAPEUTIQUE

Nous n'insisterons pas sur les 32 autres cas où aucune thérapeutique à visée spécifique n'a été mise en oeuvre, étant donnée l'extension des lésions, la fatigue du malade, ou, au contraire, la bonne tolérance fonctionnelle et où son s'est contenté d'un traitement symptomatique associant les eupneiques , les antibiotiques sous toutes leurs formes, les diurétiques et cardiotoniques.

Au terme de cette étude, nous réunirons dans un dernier tableau récapitulatif les cas où une thérapeutique spécifique a été mise en oeuvre et ses résultats :

THERAPEUTIQUE	AMELIORATIONS RADIOLOGIQUES	AMELIORATIONS FONCTIONNELLES	PAS D'AMELIORATIONS	PAS D'INDICATIONS
Exérèse : 5	5			
Méthodes Physiques: 14	3	3	3	5
Cytolytiques : 34	11	4	16	3
Hormones :16	2	1	10	3
T O T A L :	21	8	29	

Nous voyons que, sur l'ensemble de notre étude de 101 cas de Cancers broncho-pleuro-pulmonaires chez la femme, une amélioration passagère de l'état fonctionnel de la malade n'a pu être obtenue que 29 fois.

Nous essaierons de voir maintenant l'évolution globale.

— CINQUIEME CHAPITRE —

DURÉE

de

L' ÉVOLUTION GLOBALE

Pour conclure cette étude, nous avons déterminé la durée moyenne de l'évolution du Cancer Broncho-pleuro-pulmonaire et avons essayé de voir quelle a pu être l'influence des différents traitements sur cette durée.

Plusieurs remarques doivent être faites à ce sujet :

1° - La date du début retenue a été celle où le malade est venue consulter pour la première fois pour des signes divers. Mais il est évident que cette date est très sujette à caution, certains malades s'inquiétant plus ou moins vite et l'importance de l'image radiologique découverte n'étant pas proportionnelle à l'intensité des phénomènes douloureux et dyspnéiques.

2° - D'autre part, il ne nous a pas toujours été permis de suivre les malades de bout en bout,

- et si, pour certains, la date du décès a pu être retrouvée,
- pour d'autres, nous ne disposons que d'un certain délai d'observation..

(Qu'à cette occasion, soient remerciés les médecins traitants qui ont bien voulu nous renseigner sur les malades qu'ils avaient suivies, après qu'elles soient sorties du service).

Dans ce deuxième groupe, nous n'avons retenu que les observations dont le délai était supérieur à six mois.

3° - Enfin, comme dans toute statistique sur le Cancer, il sera difficile de dire quelle a été l'action de la thérapeutique sur la durée d'évolution, et quelle aurait été cette dernière si aucun traitement spécifique n'avait été entrepris.

-

Dans un premier tableau, nous mentionnerons les observations où la malade est connue, comme décédée, soit 62 cas et nous les classerons en fonction du traitement mis en oeuvre.

	DECES AVANT 3 mois	Entre 3 & 6 mois	. à 12 mois	1 et 2 ans	2 à 3 ans	DECES après 5 ans	DATE DE DECES INCONNUE	
Exérèse				1	1			2
Radiothérapie & Moyens PH.		3	1	3		1	1	9
Cytolytiq.	2	5	10	5			1	23
Hormonothérapie		2	3	3	1	1	1	11
Aucun traitem. spécifiq.	3	4	4	4	1	1	-	17
	5	14	18	16	3	3	3	62

Donc, sur les 62 décès :

- 5 sont survenus avant trois mois,
- 14 entre 3 et 6 mois,
- 18 entre 6 mois et 1 an
- 16 entre 1 et 2 ans
- 3 entre 2 et 5 ans - un secondaire à un cancer du sein certain (RAY ...) qui a survécu 4 ans en l'absence de tout traitement spécifique, le deuxième secondaire probable à un cancer du sein, qui a survécu 2 ans sous hormonothérapie (AG ...), le 3ème (MEI ...) secondaire à un cancer thyroïdien, a survécu trois ans après l'exérèse, étant bien portante.

Enfin, 3 au-delà de 5 ans, tous les trois secondaires à des cancers du sein ont survécu 6 ans après l'apparition de la localisation pleuro-pulmonaire - l'un ayant bénéficié de la radiothérapie, le 2ème de l'hormonothérapie, le 3ème d'aucun traitement spécifique.

Essayons d'étudier le 2ème groupe où le décès n'est pas connu et où on ne dispose que de la notion de délai (39 cas).

	Délai de moins de 6 mois	6 mois à 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	Plus de 5 ans	
Exérèse	1			1	1	3
Moyens Physiques	1	1	3			5
Cytolytiques	7	2		2		11
Hormonothérapie	5					5
Aucun traitement	11	3	1			15
	25	6	4	3	1	39

Nous constatons, après avoir éliminé les 25 cas non exploitables, où le délai d'observation a été inférieur à 6 mois :

- Il reste 6 délais entre 6 mois et 1 an
- 8 de plus d'un an, dont 4 de plus de 2 ans,

- l'un de 5 ans ½ (DUB ...) secondaire à un cancer du corps utérin, opéré 5 ans avant l'apparition des signes pulmonaires - a eu l'exérèse,
- l'un de 3 ans (NEV ...) qui était bien portante trois ans après l'exérèse (métastase de chorio-épithéliome. Il n'existait alors aucune exérèse biologique.
- 2 autres de plus de 2 ans - traitées par Cytolytiques (MES ..., BAV ...)

Si nous réunissons les deux tableaux, nous retrouvons 10 survies de plus de deux ans :

- 3 ont eu l'exérèse,
- 1 la radiothérapie
- 2 les cytolytiques
- 2 l'hormonothérapie
- 2 aucun traitement !

OM	TYPE	TRAITEMENTS ENTREPRIS					EVOLUTION DATE DU DECES CONNU :						ou Délai cor
		Exerese	Radio	Cytolyt.	Hormon	Aucun	< 3 mois	3 → 6 mois	6 m → 1 an	1 à 2 ans	2 à 5 ans	> 5 ans	
	PRIMITIFS												
KO..	Epidermoïde		X							X			
BRA.	"			X					X				
OG.	Cylindrique			x					x				
AR.	Indifférencié					X							6 mois
M.R.	"					X			X				
MUZ.	Pleur.primitif			X				X					
REN.													
Alin.	"			X					X				
SIT.	"				X			X					
NAS.	"					X				X			
	SECONDAIRES												
MAI.	Epidermoïde-Amygd.		X										7 mois
JE.	" OEsoph.			X					X				
MEI.	Cylind.thyroïde	X									X		
DEL.	" "		X										14 mois
JO.	" Panc.		X					X					
BAI.	" "		X						X				
FA.	" "			X						X			
MOU.	" Colon			X					X				
DUC.	Cylindrique ovaire	X								X			
PER.	" "			X					X				
GRI.	" "			X						X			
MOI.	" "			X						X			
AUC.	" "			X					X				
THE.	" Col			X			X						
VIL.	Non susp. "					X							1 mois
EHR.	Leimyosarc. "			X			X						
DUB.	Cylindrique Corps	X											6 ans
VUE.	" Chorioépithel.	X											3 ans
LAUD.	" "génital"			X									4 mois
CHE.	" "					X							1 mois
REN.	" os					X							1 mois
Mad.													

TYPES	Délai d'appar.	TRAITEMENT					EVOLUTION						DELAI CONNU
							Date du Décès						
		Ex.	Rad.	Cyt	Horm	Auc	< 3 mois	3 → 6 mois	6 m. → 1 an	1 an → 2 ans	2 ans → 5 ans	> 5 ans	
J. Cyl.(Sein)			X					X					
R. " "	14 ans		X									X	
J. " "	9 ans		X										4 mois
J. " "	6 m.		X							X			
C. " "	13 m.			X					X				
N. " "	6 m.			X						X			
L. " "	4 m.			X				X					
J. " "	4 ans			X									2 ans
S. " "	5 a.½			X									5 mois
T. " "	4 ans			X									2 mois
J. " "	3 ans			X						X			
I. " "	20 m.			X									8 mois
S. " "	10 m.			X									4 mois
" "	3 ans				X								1 mois
A. " "	15 m.				X								1 mois
G. " "	4 ans				X								1 mois
N. " "	2 ans				X								2 mois
N. Sein	5 ans				X							X	
D. "	?				X					X			
N. "	4 ans				X			?					
J. "	3 ans				X						X		
R. Cyl.(Sein)	10 ans					X							1 mois
T. " "	3 ans					X						X	
Y. Sec. à Sein	3ans					X					X		
M. " "	2 ans					X		X					
B. Non faite(Sein)	1 an					X							1 an
B. " "	3 a.½					X							7 mois
S. Cyl. Sein						X							1 mois
N. Cyl.or.non tr.						X		X					
N. " " "						X		X					
J. " " "		X								X			
D. " " "				X									5 mois
D. " " "					X				X				
Y. " " "						X				X			
R. " " "		X						X					
J. " " "						X				X			
P. " " "					X					X			
D. " " "						X							2 mois
B. " " "						X							5 mois
D. " " "				X				X					

NOM	TYPE	TRAITEMENT					EVOLUTION Date du décès connu ou						DELAI CONNU
		Exérèse	Radio	Cytolytiques	Harmone.	Aucun	< 3 mois	3 à 6 mois	6m. à 1an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	> 5 ans	
CAN.	Cyl. or. non trouv.					X							1 mois
DUP.	" " " "				X				X				
POR.	" " " "			X									3 mois
AVI.	" " " "			X									9 mois
WIN.	" " " "			X									5 mois
LAV.	" " " "		X										18 mois
CHA.	" " " "				X				X				
PRA.	" " " "			X					X				
LAF.	" " " "				X					X			
HAR.	" " " "			X				X					
GOM.	" " " "					X			X				
GRI.	" " " "				X								3 mois
GRA.	" " " "			X				?					
COU.	" " " "					X		X					
REV.	" " " "					X				X			
BOU.	" " " "					X							9 mois
DUM.	" " " "					X	X						
DIO.	" " " "					X	X						
JAC.	" " " "			X				X					
	SARCOMES												
MES.	"			X									2 ans
KER.	"	X											5 mois
	Non classés												
LER.	Epidermoïde		X										1 an
KED.	"					X	X						
RAT.	"						X		X				
AD.	Indifférenc.			X					X				
CHI.	"		X					X					
BIN.	Pas d'ex. concluant				X			X					
BIL.	"					X			X				
DEL.	"					X							1 mois
ADE.	"					X							1 mois
LOG.	"					X							1 mois

Nous avons essayé de grouper ensemble les Cancers broncho-pleuro-pulmonaires secondaires à des cancers du sein, en retenant ceux dont la date du décès et la date d'apparition de la métastase thoracique étaient connues, et de voir si il y avait un rapport entre ces deux dates

En voici la liste :

	AGE	APPARITION DE LA METASTASE :	DELAI DU DECES après apparition de cette métastase
PA ...	61 ans	14 ans	6 ans
BO ...	?	5 ans	6 ans
DE ...	46 ans	3 ans	6 ans
S..RAY...	72 ans	3 ans	4 ans
SAU ...	50 ans	3 ans	2 ans
AG ...	76 ans	2 ans	2 ans
TAN ...	67 ans	2 ans	5 mois
MI ...	72 ans	18 mois	8 mois
VE ...	46 ans	10 mois	13 mois
NAV ...	62 ans	5 mois	14 mois
CO ...	52 ans	4 mois	4 mois

S'il était permis de tirer une conclusion de ces 11 observations, on pourrait remarquer que, quand la métastase est apparue après 2 ou 3 ans le décès n'est survenu que 2 à 6 ans après l'apparition de cette métastase.

- Par contre, apparu avant 2 ans, le décès est survenu dans les 18 mois qui ont suivi.

La durée d'évolution ne semble pas avoir été en rapport avec l'âge de la malade.

CONCLUSIONS

Cette étude porte sur une centaine de cas de Cancers broncho-pleuro-pulmonaires de la Femme observés ces dix dernières années dans un grand Service spécialisé de PARIS.

Nous avons insisté sur les aspects histologiques rencontrés et sur les thérapeutiques employées.

A propos de l'Etude histo-cytologique, nous avons essayé, nous basant d'une part sur l'aspect microscopique, d'autre part, sur l'étude des antécédents et du contexte, de retrouver la nature primitive ou secondaire du Cancer broncho-pleuro-pulmonaire.

Mais s'il est facile de classer secondaires les Cancers dont on a retrouvé la tumeur primitive par les antécédents ou l'autopsie, par contre, le seul examen histologique ou cytologique est souvent difficile même pour l'anatomo-pathologiste le plus averti, les difficultés portent sur le prélèvement lui-même et sur l'interprétation, certains aspects restant indifférenciés. D'autre part, une autopsie, même soigneuse, peut méconnaître une minuscule tumeur primitive.

Sur les 101 cas étudiés, nous avons trouvé deux épithéliomas épidermoïdes primitifs, un adéno-carcinome, quatre pleuraux primitifs (les deux épithéliomas épidermoïdes primitifs concernaient des fumeuses habituelles dont une très grande fumeuse), deux indifférenciés primitifs probables.

- Dans 49 cas, la tumeur primitive a été retrouvée. Il s'agissait 28 fois de Cancer du sein, 12 fois de Cancers génitaux, dont cinq ovariens.

- 31 cas ont été classés secondaires, bien que la tumeur primitive n'ait pas été retrouvée (digestive ou génitale ?)

- 10 cas n'ont pu être classés.

(Il est possible que dans ces cas "non classables" certains cancers broncho-pleuro-pulmonaires soient primitifs, car, a priori, vu la fréquence des cancers secondaires chez la femme, nous n'avons classé comme primitifs que ceux chez qui une preuve histologique indiscutable a pu être fournie).

L'Etude thérapeutique reste toujours décevante.

Sur 5 exérèses pratiquées, 3 résultats sont assez spectaculaires, il s'agissait de cas bien spéciaux, très localisés.

Les moyens physiques et les cytolytiques ont peut-être prolongé le délai de survie, en tout cas dans un bon nombre de cas, souvent associés à l'hormonothérapie, ils ont amélioré le "confort" de vie de la malade et c'est déjà un résultat appréciable.

L'hormonothérapie isolée, par contre, a souvent été inefficace, mais il faut dire qu'elle a été réservée aux cas les plus désespérés.

VU et PERMIS d'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. R O C H E

Le DOYEN de la FACULTE de MEDECINE de PARIS :

L. B I N E T

Le PRESIDENT de la THESE :

E. B E R N A R D

BIBLIOGRAPHIE

ETUDE GENERALE

LEMAIRE et ROSE

Difficultés du diagnostic précis des Cancers bronchiques de la Femme

J.F.M.C.T. 1957 - 11 , p.39-41

Monique REDON

Cancer Pleuro-Pulmonaire secondaire - Formes cliniques

Thèse PARIS, 1951

DELARUE, PAILLAS, ROUJEAU

Encyclopédie médico-chirurgicale

EVEN-SONS

Cancer secondaire du Poumon

Revue Pratic, XI - 8 - p.819)

BOUCOT et PENCY (PHILADELPHIE) - Lung Cancer in Women

Diseases of the

(XXXVIII - N°6 - Decembre 1960, p.587)

ASPECTS MICROSCOPIQUES

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DELARUE

Encyclopédie Médico-Chirurgicale

LAVAL PAYON, BONNEAU, LIEUTAUD

Considérations anatomo-pathologiques sur le Cancer secondaire du poumon et de la plèvre.

J.F.M.C.T. - 1956 - p.606)

GALY

Problèmes anatomo-pathologiques du Cancer du Poumon

Revue Pratic. XI - 8, p.791

MISE EN EVIDENCE :

BARIETY, LESOBRE , OURY

Examen histologique des produits d'aspiration bronchique
Application au diagnostic des Cancers bronchiques

Bul. Soc. Med. Hôp. PARIS, 1961, p.468

STATISTIQUES

GASCAND, LALLEMAND, BARBE, SANTA MARIA

Diagnostic différentiel du Cancer secondaire du poumon

J.F.M.C.T. 1956, p.625 - Journées Médicales de MARSEILLE -

J. FAUVET — Origine de 154 cas de métastases pulmonaires (Gustave ROUSSY, 1948)

Rev. Prat. X - 22, P.2397)

TRAITEMENT

A. MEYER, MONOD, CHRETIEN, MODANA

Traitement chirurgical du Cancer secondaire du Poumon

Soc. Médicale des Hôpitaux de PARIS - Séance du 8 Juin 1956 p.541

DOR, METRAS.de CUTTOLI

Traitement chirurgical du Cancer secondaire du Poumon

J.F.M.C.Th. 1957 p.16

MEYER, MONOD

Bases du traitement médical et chirurgical du Cancer secondaire du Poumon

J.F.M.C.TH. 1956, p.668

MATTEI, LAVAL, VIGNER, BOLOZET

Traitement médical du Cancer secondaire du Poumon et de la Plèvre

J.F.M.C.TH. 1956 p.638 (Journées Médicales de MARSEILLE) 23-24 Juin 1956

FAUVET - ROUJEAU — Corticothérapie

Revue du Praticien, X - 22, P.2407

A. MEYER, O. MONOD, M. BRUNEL, J.P. NICOT et M. PEUTEUIL

Les tentatives thérapeutiques dans le Cancer secondaire du Poumon

Presse Médicale, 23 Janvier 1957, p.128

EVOLUTION

J. ROUJEAU et ROUJEAU

Métastases broncho-pulmonaires dans le Cancer du sein

J.F.M. et C.T. 1956, p.678